Rok XXXII. Kraków, 27. Maja 1893. Nr. 21.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

W r. 1888 ogłosiłem 4 przypadki [1]), w których przez operacyę Alexandra: podwiązanie tętnic kręgowych próbowałem leczyć padaczkę samoistną. Wyniki na razie były dobre, gdyż w trzech przypadkach mogłem przekonać się o polepszeniu, t. j. napady padaczkowe występywały rzadziej i były lżejsze. Później operowałem w nieco odmienny sposób dwa przypadki, wstrzymałem się jednak z ich ogłoszeniem, ażeby po upływie znaczniejszego czasu od razu podać wyniki ostateczne operacyj, przedsięwziętych w sześciu przypadkach, celem leczenia padaczki samoistnej.

Ponieważ w ostatnim czasie pojawiły się dwie prace; Rudolfa Jakscha [2]) i Bogdanika [3]), traktujące o neurotomii i resekcyi nerwu współczulnego, celem leczenia padaczki samoistnej, ja zaś wykonałem w jednym przypadku padaczki samoistnej resekcyę nerwu współczulnego jeszcze w styczniu 1889 r. [4]), a więc przed wymienionymi autorami i to z odmiennym od nich wynikiem, poczuwam się do obowiązku oglosić niniejszem swój odnoszący się do tego przypadek a zarazem podać wyniki ostateczne podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych w swoich sześciu przypadkach, tem bardziej, że od czasu ich operacyi upłynęło 4 do 5 lat.

W ostatnich dwóch przypadkach padaczki samoistnej, które tu ogłaszam, wykonałem zamiast podwiązania, obustronną resekcyę tętnic kręgowych a w jednym z nich dołączyłem resekcyę nerwu współczulnego po stronie prawej. Uczyniłem to wychodząc z następującego zapatrywania się: już w pracy swojej z r. 1888 [1]) tłómaczyłem sobie korzystny wpływ podwiązania tętnic kręgowych na padaczkę głównie z nieodłącznego obrażenia podczas operacyi gałązek nerwu współczulnego i splotu kręgowego tegoż nerwu (*ptosis miosis*).

Wiadomo, że tak szyjny pień nerwu współczulnego, jak i splot otaczający tętnicę kręgową, przewodzą wszelkie bodźce mechaniczne obwodowe do ośrodków kurczowych. Spodziewając się, że, im więcej nerw współczulny obrazimy tem więcej odetniemy dróg przewodnich do ośrodków kurczowych, w następnych dwóch przypadkach wykonałem obustronną resekcyę tętnic kręgowych na długości 1 do 2 ctm. a nadto w jednym dołączyłem wycięcie nerwu współczulnego prawego na długości 7 ctm. wraz ze zwojami szyjnymi: dolnym i środkowym. Na wycięcie obustronne części szyjnej nerwu współczulnego nie mogłem się odważyć, gdyż nie znałem obserwacyi podobnego przypadku u człowieka. Do jednostronnego wycięcia nerwu współczulnego zachęcił mnie natomiast przypadek opisany przez Israela [2]). Israel wyciął bez szkodliwych następstw kawałek nerwu współ-

[1]) Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki. *Przegląd lekarski* 1888, Nr. 42 i 43 i *Wiener medicinische Wochenschrift* 1889, Nr. 7, 8 i 9.

[2]) Rudolf Jaksch. Die Neurotomie des Symphaticus in ihrem Einflusse auf Epilepsie. Wiener medicinische Wochenschrift 1892, Nr. 16 i 17.

[3]) Józef Bogdanik. O resekcyi nerwu współczulnego, celem leczenia padaczki samoistnej. *Przegląd lekarski* 1893, Nr. 7, str. 77.

[4]) Porównaj Sprawozdania z posiedzeń naukowych sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z d. 9. lutego 1889 i z d. 28. lutego 1889. *Przegląd lekarski* 1889, Nr. 17, str. 214 i Nr. 18, str. 226 i 227.

[1]) l. c.

[2]) James Israel. Exstirpation eines Cavernoms am Halse mit Resection des Nervus sympathicus. Berliner klinische Wochenschrift 1888, Nr. 7, str. 120 i Ernst Remak. Traumatische Sympathicus-, Hypoglossus-, und Accessorius-Paralyse. Tamże, str. 121.

czulnego na 6 do 7 ctm. długi, operując *cavernoma* na szyi, w którym nowotwór sięgał prawie do błony śluzowej połyku.

Jako bezpośrednie następstwa wycięcia nerwu współczulnego, widział Israel: zwężenie odpowiedniej źrenicy, porażenie powieki górnej; w 2-gim dniu po operacyi spostrzegł zaczerwienienie ucha zewnętrznego w połączeniu z uczuciem pieczenia, obrzęk języka i mocny ślinotok. Objawy powyższe zmniejszyły się w przeciągu 3 tygodni, chory wyzdrowiał a rana zgoiła się przez rychłozrost.

Zanim podam historye chorób dwóch ostatnich przypadków, już z góry zaznaczam, że wyniki ostateczne we wszystkich przypadkach były złe. W czterech przypadkach opisanych w r. 1888 [1]), powróciły napady już w najbliższych miesiącach po ogłoszeniu; polepszenie (zmniejszenie liczby i czasu trwania napadów) zauważyłem w trzech na przeciąg 6 do 8 miesięcy, w jednym wcale polepszenia nie widziano.

W ostatnich przypadkach, których historyę chorób poniżej podaję, nie można było wcale polepszenia zauważyć a w jednym z nich choroba nawet pogorszyła się.

Podwiązanie a względnie resekcyę tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki samoistnej należałoby zatem zarzucić na podstawie moich spostrzeżeń. Do tego samego przekonania przyszedł, jak wiadomo Bernays [2]) z St. Louis, również Sydney Jones [3]), Kümmel [4]) a wreszcie i sam autor operacyi Alexander [5]).

Mimo złych wyników uznaję za stósowne podać tu historye chorób ostatnich dwóch przypadków, głównie dla zrobionych w nich spostrzeżeń fizyologicznych.

Przypadki te były następujące:

I. Resekcya obu tętnic kręgowych, wykonana na dwa zawody; przemijające zboczenia w krążeniu krwi w mózgu.

S. M., introligator z T., lat 28. W dzieciństwie drgawek nie miał. Przebył w wieku dziecięcym płonicę i zapalenie nerek, później ospę. W 12. roku życia onania. Kiły nie przebywał. Pierwszy napad padaczkowy miał mieć w 19. r. życia. Napady z początku były bardzo częste po 6 do 7 dziennie z kilkudniowemi przerwami. Od dwóch lat mają być napady rzadsze. Ostatniemi czasami występują co 6, 10, 12 do 14 dni. Napady bywają typowe: kloniczne kurcze wszystkich odnóg; język bywa po napadach pokąsany; po napadach śpiączka przez kilka godzin. Dawniej dostawał napadów wśród przeraźliwego krzyku, obecnie bez krzyku. O zwiastuny napadów wywiedzieć się trudno. Od czasu pierwszych napadów ma mieć słabszą pamięć i inteligencyą. Bywa często gniewliwy. Badanie: Czaszka miarowo zbudowana, brak blizn na głowie i zaklęknienia czaszki. Szyja chorego krótka, gruba, mięśnie szyi dobrze wykształcone, wyraźny wól obustronny. Budowa dobra; chory niski, krępy, o mięśniach rozwiniętych. Mowa chorego logiczna, jednak bardzo powolna. Inteligencya bardzo słaba. Ze strony narządów: krążenia, oddechowego i trawienia niema nieprawidłowości.

[1]) l. c.

[2]) Por. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir. XVII. Congress, str. 39 i 40, Beilage zum Centralblatte f. Chir., 1888, Nr. 24.

[3]) Doniesienie listowne.

[4]) Dr. Hermann Kümmel. Zur operativen Behandlung der Epilepsie. Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 23.

[5]) Christopher Heath. Dictionary of practical Surgery III. Edition 1889, Vol. II, str. 785 i 786.

Dnia 20. grudnia 1888 przystąpiłem do resekcyi tętnic kręgowych przy łaskawej asystencyi Drów Jandy, Festenburga, Piseka i Sochańskiego. Operacyę wykonałem w sposób podobny, jak w pierwszych swoich przypadkach. Chorego uśpiono mięszaniną Billrotha; do zupełnego uśpienia potrzebowano $\frac{1}{2}$ godziny czasu. Operacyę wykonałem najpierw po lewej stronie szyi. Cięcie długie na mniej więcej 10 ctm. poprowadziłem wzdłuż dolnej części tylnego brzegu mięśnia obojczyko-sutkowego [1]). Po przecięciu dobrze rozwiniętego mięśnia podskórnego szyi (*platysma myoides*), ujęto tępym hakiem wstawiający się w ranę gruczoł tarczykowy i odciągnięto go ku wewnątrz. Mięsień: łopatko-gnykowy (*omohyoideus*) dobrze rozwinięty ujęto w hak i odciągnięto na wewnątrz, bardzo grubą żyłę szyjną zewnętrzną ujęto z zewnętrznym brzegiem rany. Nerw przeponowy na bardzo rozwiniętym mięśniu pochyłym przednim (*scalenus ant.)*, uwydatniający się w ranie, odciągnięto wraz z tym mięśniem na zewnątrz. *Tuberculum caroticum* było bardzo nieznacznie rozwinięte i dało się z trudnością w głębi wymacać. Broczenie miąższowe było bardzo nieznaczne. Małą żyłkę pionowo przebiegającą na wewnętrznym brzegu mięśnia pochyłego przedniego podwiązano podwójnie i przecięto. Po przedarciu na tępo powięzi pokrywającej mięśnie pochyły przodkowy i długi szyi natrafiono z powodu głębi około 8 cm. na znaczne trudności w odszukaniu tętnicy. Po długich mozołach spostrzeżono najpierw żyłę a po dalszem ostrożnem oddzielaniu na tępo tkanek pomiędzy kleszczykami anatomicznemi grubą tętnicę kręgową (o wymiarze średnicy około 5 mm.). Oddzielono ją na tępo od żyły na długość około dwóch ctm. i podwiązawszy podwójnie w odległości również dwóch cm. podwiązek od siebie resekowano. Kawałek wycięty wynosił przeszło 1 cm. Podczas operacyi usłyszałem mocny szmer trzeszczący, odpowiadający każdemu wdechowi, pochodzący z obnażenia opłucny (szmer płucny). Ranę przestrzykano roztworem sublimatu 1:1000, na dno jej założono sączek; szew materacowy i kuśnierski. Opatrzenie jodoformowe.

Ponieważ operacya trwała przeszło $1\frac{1}{2}$ godziny, odłożono podwiązanie tętnicy po drugiej stronie szyi na później.

Po operacyi wyraźne zwężenie źrenicy (*miosis*) i opadnienie powieki górnej (*ptosis*) po stronie lewej. Chory po operacyi był długo nieprzytomny i majaczył. Tętno po operacyi wynosiło 110. W ciągu dnia był niespokojny i użalał się na mocny ból pod kolanami, osobliwie pod kolanem lewem i w karku.

O godzinie 8. wieczorem tętno 104, ciepłota 38·7. Chory przytomny, jednak bardzo gniewliwy i niecierpliwy; zrywa się często z łóżka z powodu bólu w karku i pod kolanami. Wstrzyknięto podskórnie 0·02 morfiny.

21. grudnia rano tętno 84, ciepł. 38.2; do godziny 2. w nocy uskarżał się na ból w wielkich palcach u nóg, w kolanach i w ranie; dopiero po podaniu kropli morfinowych usnął o godzinie 2. w nocy. Użala się na ból rozpromieniający się w ranie, jest niespokojny; polecono podawanie kropli morfinowych.

21. grudnia wieczór tętno 104, ciepł. 38·7, oddechów 20; źrenica lewa zwężona, jednak nieco mniej niż dnia po-

[1]) Porównaj technikę operacyjną w mojej pierwszej odnoszącej się do tego pracy l. c.

przedniego; opadnienie powieki górnej mniej widoczne; spojówki oczne nastrzykane; chory jest swobodny. Mowa od czasu operacyi jest znacznie szybsza, chory wyraża się dokładniej; w ogóle pod względem intelektualnym znajdujemy na razie polepszenie.

Dalszy przebieg bezgorączkowy; rana zgoiła się *per primam* po dwóch opatrzeniach.

Dnia 30. grudnia o godzinie 10. wieczór napad padaczkowy trwający 6 minut, w nocy drugi napad.

31. grudnia senność.

Dnia 3. stycznia 1889 przystąpiłem do resekcyi prawej tętnicy kręgowej przy łaskawej pomocy Drów Festenburga, Gostyńskiego, Gluzińskiego i Piseka, Cięcie na 10. cm. długie. Zewnętrzna żyła szyjna przebiegała po tej stronie nieprawidłowo dwoma pniami zlewającemi się w jeden; w miejscu połączenia obu żył znaczne zgrubienie prawdopodobnie zastawka. Cięcie poprowadzono pomiędzy oboma pniami żylnemi a dla uniknięcia zranienia żył, przez mięsień mostko-obojczyko-sutkowy pomiędzy oboma jego głowami. I po tej stronie natrafiono na znaczne trudności w odszukaniu *tuberculum caroticum* z powodu mocnego rozwoju mięśni i znacznej głębi. W drodze do tętnicy zraniono i podwójnie podwiązano kilka nieznacznych tętniczek mięśniowych i tętnicę poprzeczną szyi. Tętnicę z przyczyny znacznej głębi odszukano dopiero po 2-godzinnem szukaniu i tu oddzielono ją na tępo od żyły i resekowano pomiędzy podwiązkami podobnie, jak po stronie lewej. Spostrzeżono natychmiastowe zwężenie się źrenicy prawej. Opatrzenie rany jak po stronie lewej. I tu słyszano również szmer trzeszczący w dołku nadobojczykowym podczas każdego wdechu pod koniec operacyi.

Wieczorem tegoż dnia tętno 100, ciepł. 38·4; źrenice obie zwężone w jednakowym stopniu, opadnienie powieki górnej wybitniejsze po stronie prawej, nieznaczne porażenie nerwu twarzowego prawego. Ciągłe wymioty; polecono łykanie kawałeczków lodu.

4. stycznia rano tętno 89, ciepł. 37·7; uskarża się na ból w gardle, spal spokojnie. Zresztą stan ten sam.

4. stycznia wieczorem tętno 88, ciepł. 38·0.

5. stycznia stan bezgorączkowy; nastrzykanie znaczne spojówki oka prawego. Osłabienie znaczne kończyny górnej prawej do tego stopnia, że chory jej podnieść nie może do góry. Przy ściskaniu dłoni można zauważyć także mniejszą siłę pięści prawej.

6. stycznia wieczorem tętno 84, ciepł. 38; osłabienie kończyny górnej prawej mniejsze, chory podnosi przedramię.

7. stycznia rano (4. dnia po operacyi) zmiana opatrzenia, rana zabliźniona *per primam* z wyjątkiem miejsca dla drenu. Dren i szwy głębokie usunięto.

8. stycznia osłabienie kończyny górnej prawej utrzymuje się; spostrzeżono także niedowład kończyny dolnej prawej. Stan bezgorączkowy, apetyt; źrenica prawa wydaje się nieco węższą od lewej, różnica jednak nieznaczna; opadnienia powieki górnej nie widać. Mowa chorego ma znamiona znużenia i jest powolniejsza, niż po pierwszej operacyi.

13. stycznia zmiana opatrzenia, rana zabliźniona. Sztywność ruchów obu kończyn prawych. Odruchy kończyn dolnych i górnych i czucie prawidłowe. Siła ręki prawej upośledzona bardzo nieznacznie.

Chory odjechał do Tarnowa, zkąd mi doniesiono, że 18. stycznia a więc w 19 dni po operacyi miał napad podobny do poprzednich. Niedowład utrzymywał się przez dwa miesiące, poczem trwale ustąpił; napady mają powtarzać się, jak przed operacyą.

Dnia 30. czerwca 1891 przyjęto go do oddziału umysłowo-chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie na mocy opinii lekarskiej wydanej w Boguminie, która brzmi dosłownie: „S. M., 29 Jahre alt, leidet seit 10 Jahren an Epilepsie und epileptischer Geistesstörung mit intercurrenten Aufregungszuständen. Derselbe hatte heute einen Tobsuchtanfall, in welchem er seine Angehörigen am Leben bedrohte...“.

Badanie w szpitalu [1]) wykazuje:

a) pod względem fizycznym: odżywienie dobre, na ciele wiele sińców. Język drży, obłożony znacznie, zbacza nieco w lewo. Nerw twarzowy lewy niedowładny. Palce rąk drżą, chód chwiejny, na jednej nodze ustać nie może. Źrenice nieco rozszerzone, oddziaływają leniwo. . . . Ciężar ciała 60 kilogramów.

b) Pod względem psychicznym: myślenie gnuśne i powolne; powtarza często jedno i to samo (ubytek pamięci). Mowa powolna; treść jej nie zdradza urojeń ani halucynacyi.

Obserwacya szpitalna: Dnia 1., 2., 21. lipca 1891 r. napady padaczkowe. Dnia 12. sierpnia 1891 r. spokojny; napadów od dnia 21. lipca nie miał. Sypia cicho. Dnia 24. sierpnia, jako spokojnego oddano rodzinie niewyleczonego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału położniczego prymaryusza prof. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek cięcia łonowego.

Podał

Dr. Władysław Harajewicz,

b. sekundaryusz tegoż oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 20).

15. sierpnia r. 37·2, w. 39·5. Zmiana opatrzenia nie wykazuje nic nieprawidłowego w ranie ani w jej okolicy. Na kości krzyżowej utworzyła się odleżyna zupełnie powierzchowna, wielkości centa, na którą przyłożono maść z tlenku cynku.

16. sierpnia r. 37·3, w. 38·5. Stan ogólny dobry.

17. sierpnia r. 37·2, w. 37·5. Odchody ropne, jeszcze obfite. Zmiana opatrzenia. Szwy jedwabne usunięto a pozostawiono jeszcze tylko srebrny. Blizna po ranie liniowa. Spojenie w całości grubsze, co można stwierdzić i badaniem wewnętrznem. Ugniatanie nań zaledwie bolesne. Chora czuje się zupełnie dobrze, leży chętnie na bok a czynne poruszanie kończynami dolnemi nie sprawia jej najmniejszego bólu. Odchody znacznie skąpsze, nieco zaróżowione. Apetyt dobry.

Od tego dnia ciepłota nie przekroczyła 37·5 a zdrowienie postępowało bardzo dobrze.

23. sierpnia usunięto ostatni szew t. j. srebrny, przyczem pokazały się 2 małe odleżyny od płytek, pokrytych gazą jodoformową, które jednak w 3 dniach zupełnie się zgoiły. Chora zaczyna siadać.

1. września chora zaczyna schodzić z łóżka bez żadnych dolegliwości i stąpa dobrze i pewnie.

---

[1]) Daty niniejsze zawdzięczam docentowi Dr. Żuławskiemu, za co mu niniejszem serdecznie dziękuję.

Od 6. września chodzi zupełnie swobodnie. Szpital opuściła d. 8. października w stanie zupełnie dobrym.

Ostatnie badanie wykazało zewnętrznie: Brzuch wysklepiony prawidłowo, bez żadnych wykazać się dających oporów lub obrzęków. Z dawnej rany ledwie widoczna liniowa blizna. Spojenie nie obrzękłe, nieco grubsze. Wewnętrznie: Pochwa wprawdzie dosyć wiotka, ale bez zmian; część pochwowa ujściem ku przodowi zwrócona, w przedniej wardze ubytek, dzielący ją na dwie boczne połowy. Sklepienia wolne, macica ułożona prawidłowo, nie bolesna, ruchoma.

Powyżej przytoczony opis stanu rodzącej, do szpitala przyjętej, dostatecznie, zdaje mi się, wyjaśnia i uzasadnia przyczyny, które skłoniły mnie, do wykonania zabiegu po raz pierwszy u nas zastósowanego.

Że wynik jego w jednym względzie, nie wypadł całkowicie pomyślnie, tego przyczyny szukać należy w dwóch okolicznościach, które właśnie omówić zamierzam.

Po raz pierwszy operacyę tę wykonywając, starałem się wszelkiemi sposobami, aby jak najmniej narazić chorą na ewentualne następstwa zabiegu, w każdym razie nie obojętnego. Dla tego też, przecinając spojenie łonowe, miałem na myśli radę Leopolda [1]), który w przypadkach ścieśnień miednicy krzywiczej płaskiej, przecina tylko $^3/_4$ wysokości spojenia, otwierając, jak sam powiada, wrota o tyle tylko, ile tego konieczna wymaga potrzeba. Zdanie to, teoretycznie biorąc, może się zupełnie słusznem wydawać a chronienie rodzącej, o ile możności, od fatalnych następstw niezrośnięcia się obu końców kości łonowych, przemawia bardzo za humanitarnem i zachowawczem postępowaniem słynnego operatora. Praktyka jednak, przedstawia inaczej tą kwestyą. Naprzód więc, w całym szeregu ogłoszonych dotychczas przypadków cięcia łonowego, nie znajdujemy ani jednego, któryby się zakończył niepomyślnie, ze względu na dalsze zdrowie pacyentki, ba nawet znanych jest 3 przypadki Spinellego [2]), który na 24 podobnych operacyj, powtórzył 3 razy ten sam zabieg z wynikiem zupełnie pomyślnym, tak dla matki, jak i dla płodu.

Powtóre w przecięciu całego spojenia łonowego głębokość i wielkość cięcia zależą zupełnie od operatora. Ostrożnie bowiem postępując i prowadząc cięcie, trudno nadwerężyć jakikolwiek organ, którego uszkodzenie mogłoby zagrażać niebezpieczeństwem natychmiastowem lub następowem kalectwem. Chodzi tu bowiem głównie o ciała jamiste i pęcherz moczowy.

Przecinając zaś tylko część spojenia, gdy następnie poród kleszczami ukończyć należy, nie możemy mieć pewności, czy reszta spojenia, nie ulegnie sile rozpychającej, wywartej pociągnięciami przyrządu. Tem zaś łatwiejszem jest to powikłanie, że tkanina już nadcięta a zatem w swej ciągłości przerwana łatwiej rozedrzeć się może, a gdzie się rozdarcie skończy, tego operator ani wiedzieć, ani przewidzieć nie może. To częściowe przecięcie spojenia, było powodem, że usiłowanie wydobycia główki kleszczami spełzło na niczem, gdyż wymiar prosty miednicy, nie powiększył się dostatecznie. Że zaś pociągania były silne, więc też i wywołały uszkodzenia na główce płodu, które ostatecznie stały się przyczyną jego następowego obumarcia.

Ale też i w zastósowaniu kleszczy, upatruję drugi powód, niepomyślnego wyniku operacyi. Główka, jak to wyżej wspomniałem, nie była ustalona; należało ją więc nad wchodem ująć w kleszcze i tak wzdłuż osi miednicy, sprowadzić do wchodu z próżni. Do przeprowadzenia zaś tego niezbędnemi są prawie kleszcze Tarniera lub Breussa, jeżeli chcemy uchronić główkę od nadweręźeń znaczniejszych. Niestety, instrumentaryum oddziałowe nie posiadało tych przyrządów; musiano przeto użyć kleszczy Madurowicza, które w innych przypadkach wyborne, w tym nie mogły spełnić zadania. Mimo to jednak sądzę, że, chociaż ostateczny wynik operacyi nie był tak piękny, jak w przeważnej liczbie podobnych przypadków, to w każdym razie rzecz niewątpliwa, że w przypadku, w którym ani myśleć nie było można o urodzeniu płodu donoszonego, żywego, z pomocą cięcia łonowego wydobyliśmy płód żywy a matka wyszła zdrową.

Obecnie zapatrywania się specyalistów, polegające częścią na własnem doświadczeniu, częścią na danych statystycznych, ogłaszanych co raz liczniej na korzyść tej operacyi, tak dalece przemawiają za tym zabiegiem, że jeden z najznakomitszych francuskich położników a konserwatysta w swym zawodzie, Pinard, wspomina w swej pracy [1]) o cięciu łonowem, że na 1800 porodów, w roku 1892 obserwowanych w klinice Baudelocqua, nie wykonano ani razu wymóżdżenia na żywym płodzie, pomimo bardzo wielu przypadków znacznych ścieśnień miednicy, z jakiemi miał do czynienia.

Dopóki też naukowe prace i spostrzeżenia szkoły neapolitańskiej w tym względzie nie utorowały drogi powszechnemu dzisiaj uznaniu dla cięcia łonowego, miało wymóżdżenie żywego płodu, swe ścisłe i bezwarunkowe wskazania, które jednak obecnie ustąpią zapewne wskazaniom dla wydobytej z zapomnienia operacyi a ścieśnią znacznie granice, cięcia cesarskiego bez stanowczych wskazań.

Nie podobna mi tu wyliczyć szczegółowo wszystkich okoliczności, w których należy wykonać cięcie łonowe, albowiem zabrałoby to zbyt wiele miejsca i czasu a da się w krótkości streścić.

Cięcie łonowe wskazanem jest we wszystkich tych przypadkach, w których dotąd uciekano się do wymóżdżenia płodu żywego, jakoteż i w tych, w których ze względu na niestósunek porodowy w położeniach podłużnych oczekiwano obumarcia płodu, aby dopiero nieżywy zmniejszyć i wydobyć z łona matki. Czy się to zatem odnosić będzie do ścieśnień miednicy drugiego stopnia, z płodem prawidłowo rozwiniętym, czy do ścieśnień w mniejszym stopniu z płodem rozwiniętym nadmiernie, to w tych granicach cięcie łonowe znajduje swoje warunki i wskazania. Po za niemi ustąpić musi miejsca innym zabiegom. W ogóle naturalnie, jak w wielu innych kwestyach, tak i w tej, należy uwzględnić koniecznie stósunki indywidualne, według których trzeba kierować się w wyborze sposobu prowadzenia porodu.

Aby jeszcze wyjaśnić dokładniej i poprzeć kwestyę cięcia łonowego, ogólnie już dzisiaj przyjętego, podaję tutaj rysunki szematyczne, według panów Farabeufa i Varniera [2]) a przedstawiające stosunki wymiarów miednicy więcej (fig. I) i mniej (fig. II) ścieśnionej, przed operacyą i po operacyi.

Z nich widzieć można, iż zwiększenie się rozmiarów miednicy po przecięciu spojenia jest bardzo znaczne i bardzo wyraźne. W miednicach nawet więcej ścieśnionych skutek przecięcia jest znacznie wybitniejszy, aniżeli w miednicach

[1]) l. c.
[2]) Annales de Gynécol. ze stycznia 1892 r.

[1]) Annales de Gynécol. z grudnia 1892 r.
[2]) Annales de Gynécologie ze stycznia 1892 r.

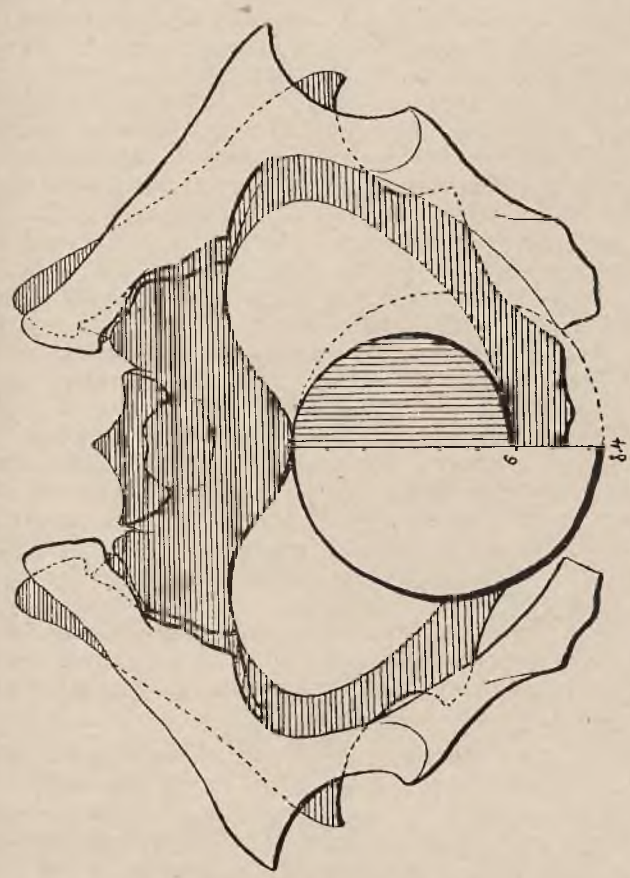


Fig. I.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy znacznie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 6 ctm.

Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem.

„ biała zaś po przecięciu spojenia, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 84:60; objętość zaś fig. białej, stosunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 310:113, zatem prawie potrójna.

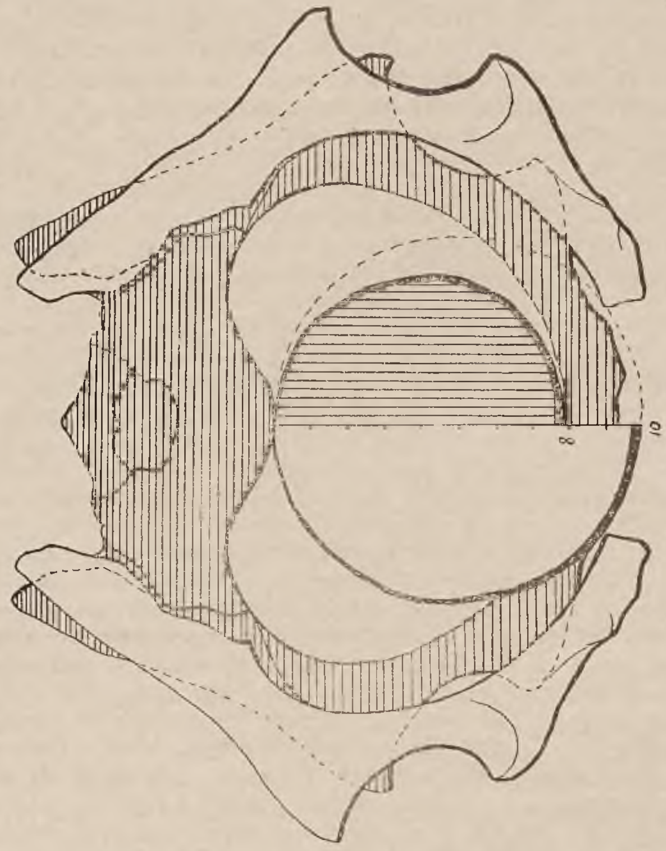


Fig. II.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy miernie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 8 ctm. Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem, biała zaś część po przecięciu spojenia łonowego, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 98:80. Objętość zaś fig. białej stósunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 488:267, zatem prawie podwójna, czyli, że płód o wadze 3000 gr. byłby mniejszym w stósunku do rozciętej miednicy, aniżeli płód o wadze 2000 gr. dla miednicy nienaruszonej.

obszerniejszych, a co za tem idzie, że i rezultat operacyi musi być w jednym i drugim przypadku pomyślny tak dla płodu, jako też i dla rodzącej, względnie matki.

Na końcu wyrazić muszę serdeczne podziękowanie kol. Drowi Kośmińskiemu, który pod nieobecność prymaryusza Prof. Madurowicza, odstąpił mi wykonania tej operacyi, i Prof. Madurowiczowi, który przystał na ogłoszenie tego przypadku.

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19.)

Jeszcze dalej idące, choć odmiennie uzasadnione i częstokroć fantastyczne wywodzi wnioski z badań swych nad pochodzeniem i leczeniem raka Adamkiewicz [1]). Wychodząc z założenia, że rak ma wiele cech wspólnych z chorobami zakaźnemi, jakkolwiek dotychczasowe usiłowania wykrycia przyczyny drobnoustrojowej nie dały wyników dodatnich, i za taką uważany być musi, rozpatruje on własności zasadnicze komórek rakowych w zestawieniu z komórkami tkanki nabłonkowej. Panująca dotychczas teorya Cohnheima, zbudowana na zupełnie dowolnem przypuszczeniu, iż punktem wyjścia raka są zarodkowe pozostałości w ustroju komórek nabłonkowych, które zaczynają bujać nadmiernie pod wpływem zmniejszenia oporu ze strony pierwocin tkanki otaczającej, musi być odrzuconą, gdyż nie tylko nie posiada przemawiających za sobą danych faktycznych, lecz nawet bywa w sprzeczności ze spostrzeżeniami klinicznemi. Najważniejszym wreszcie dowodem przeciwko tej teoryi jest to, że komórki rakowe a komórki nabłonkowe są to twory różne, których bynajmniej za jedno brać nie można. Różnica ta, mało widoczna przy porównywaniu komórek osobnych, występuje całkiem wyraziście, jeżeli zestawimy całe ich ogniska. Układ komórek nabłonkowych, gdziekolwiek badać je zechcemy, odznacza się ścisłą prawidłowością, polegającą nie tylko na tem, że składniki są jednej wielkości i kształtu, lecz i na tem, że układ ten ujęty jest w pewne zasady architektoniczne, prawie matematycznie zakreślone. W przeciwieństwie do tego, ogniska rakowe stanowią wzór budowy zupełnie atypowej, pozbawionej wszelkiej prawidłowości zarówno pod względem wielkości, kształtu, jak i układu. Dalej, podczas gdy oddzielne komórki nabłonkowe połączone są za pomocą pewnej istoty spajającej (*Kittsubstanz*), dzięki której tworzą te charakterystyczne szeregi lub zwoje, pomiędzy komórkami raka nie można nigdy wykazać żadnej substancyi odrębnej.

[1]) Untersuchungen über den Krebs und das Princip seiner Behandlung. Wien und Leipzig. 1893; 134 str. z 8 tabl.

Nie mniej ważne są oznaki szczegółowe komórek rakowych, nadające im znaczenie zupełnie odrębne. Przedewszystkiem więc niema takiej postaci morfologicznej, któraby była wyłącznie właściwą komórce rakowej, pod względem kształtu i wielkości ulegającej ogromnym wahaniom. Odróżnić wszakże możemy trzy typy zasadnicze, będące wyrazem trzech stopni rozwojowych tych komórek.

1. Komórki młode, małe, okrągłe z dużem jądrem najwięcej są podobne do leukocytów i spotykają się najobficiej w gruczołach limfatycznych, rakowo zmienionych;

2. Dojrzałe, właściwe komórki rakowe, stojące na wysokości rozwoju mają kształt okrągły lub owalny, płaski, częstokroć o zarysach nieprawidłowych wskutek wzajemnego ucisku i o okrągłem jądrze; one to właśnie przedstawiają największe podobieństwo do komórek nabłonkowych.

3. Komórki najstarsze w kształcie pęcherzyków o nieprawidłowych zarysach, niekiedy wielkich rozmiarów; wewnątrz znajdują się często drobniejsze pęcherzyki; zarówno pierwsze jak i drugie barwią się safraniną żółto. Najważniejsze jest w tych komórkach zachowanie się jądra, występującego albo w postaci tworu okrągłego, stałego, albo też ciała pęcherzykowatego, barwiącego się safraniną czerwono lub fiołkowo. Treść tych ostatnich jest szczególnie urozmaicona i ciekawa: raz zawierają one ciałka chromatynowe jednostajne, to znów drobnoziarniste, to niezwykłą obfitość figur karyokinetycznych, to znów całe massy drobniutkich, wydłużonych ziarenek, uderzających swą jednostajnością. Po przejściu okresu dojrzałości pęcherzyki te pękają i drobna treść rozsypuje się nazewnątrz w pierwoszczu komórki. Obecność w niej tych ciałek jest tak charakterystyczną i swoistą dla raka, że li tylko na podstawie znalezienia ich można z całą pewnością rozpoznawać sprawę rakową.

Do cech świadczących o braku jakiegokolwiek typu lub prawidłowości w układzie ognisk rakowych należy obecność ich wśród pasem łącznotkankowych podścieliska nowotworu, gdzie zarówno w nader rozmaitej występują postaci. Jeżeli w dalszym ciągu uwzględnimy, że komórki nabłonkowe w przebiegu rozwoju stopniowo ulegają złuszczeniu i natomiast zastępują się nowemi, komórki zaś rakowe zarówno w pewnym okresie rozpadają się, lecz komórki młode nie zajmują ich miejsca, a zjawiają się na obwodzie ogniska, sprawiając tem nieograniczony ich wzrost i szerzenie się, że gdyby komórka rakowa była komórką nabłonkową, to musiałaby mieć i jej czynność, że zatem każde takie ognisko nowotworowe zwiększałoby działanie zajętego narządu, przynajmniej gruczołów, prędzej tym sposobem przynosząc korzyść, niż szkodę, — to przyjdziemy do stanowczego przekonania, iż oprócz podobieństwa pomiędzy komórką nabłonkową a rakową tylko w pewnym okresie rozwoju tej ostatniej, obiedwie one nic wspólnego ze sobą nie mają, że substancya rakowa nie jest bynajmniej tkanką nabłonkową a nawet nie jest w ogóle tkanką, że przeto o tożsamości morfologicznej komórki nabłonkowej i komórki rakowej mowy być nie może.

Z drugiej strony ogniska rakowe różnią się zasadniczo od nowotworzących się guzów pod wpływem działania drobnoustrojów i będących przeto tylko wytworem przewlekłych zapaleń swoistych o charakterze granulacyjnym. Z całego szeregu znajdywanych przez różnych badaczów w rakach drobnoustrojów (*schizomycetes*, *hyphomycetes*, *psorospermia*, *microsporidia* i t. d.) żadnych nie można uważać za pasorzyty wytwarzające spoiste jego komórki. Są to, zdaniem Adamkiewicza, albo przypadkowi goście nowotworu, nie będący w żadnym z nim związku przyczynowym, albo jak najczęściej, bynajmniej nie odrębne istoty żyjące, lecz wytwory degeneracyjne komórek tkankowych i ich jąder.

Za pomocą szczepienia świeżych kawałków raka do mózgu królików zarówno, jak przez doświadczenia nad działaniem fizyologicznem wyciągu z tkanki rakowej (*kankroina*) na zwierzęta przekonał się A., że rak wytwarza rzeczywiście substancye trujące. Stanowi to nader ważny dowód na korzyść pasorzytniczego pochodzenia raka, dla którego udowodnienia ostatecznego należało tylko znaleść właściwy mu pasorzyt. Ponieważ, jak wykazały liczne badania, domniemany ten drobnoustrój nie rozwija się na ogólnie używanych pożywkach martwych, spróbował Adamkiewicz użycia w tym celu podłoża żywego w organach zwierząt. Na zasadzie wybitnie występującego działania jadu rakowego na tkankę nerwową użył on do szczepień mózgu królików, który okazał się do tego odpowiednim. W jakiś czas po zaszczepieniu kawałka nowotworu w samą substancyą mózgową występowały zmiany nadzwyczaj charakterystyczne: z jednej strony w samej tkance mózgowej w różnej głębokości zarówno jak w istniejących przestrzeniach w mózgu powstały ogniska nowotworowe o własnościach nadzwyczaj niszczących, z drugiej zaś w zaszczepionym kawałku raka utworzyły się puste, wolne przestrzenie pośród pierwocin komórkowych. Wynik ten objaśnia Adamkiewicz w sposób następujący: Komórki rakowe, znalazłszy się w warunkach sprzyjających, porzuciły swe siedlisko i przeniosły się na nową glebę odżywczą — tkankę mózgową, w której, szybko niszcząc ją, wytworzyły nowe ogniska i świeże zalążki nowotworowe, jednem słowem komórki rakowe same są tym pasorzytem, wywołującym powstanie raka.

Tym więc sposobem występuje jeszcze jedna cecha, różniąca zasadniczo komórkę nabłonkową od rakowej, która w pewnych warunkach porzuca pierwotne swe ognisko i przenosi się do obcej tkanki żyjącej, aby tam w dalszym ciągu, mnożąc się szybko przez podział, wytwarzać nowe guzki rakowe i burzyć tkankę miejscową. Wszystko to byłoby niemożliwe, gdyby komórka rakowa stanowiła część składową tkanki a nie była samodzielnym żywym ustrojem pasorzytniczym, sprowadzającym tak straszne zniszczenie chorobowe. Pod względem więc morfologicznym i biologicznym twory te zaliczyć należy do wielkiej grupy pierwotniaków (*protozoa*); co się zaś tyczy bardziej szczegółowego ich określenia, to najwięcej podobieństwa zauważyć można do *gregarinae* i *coccidia*: z pierwszemi z nich mają wspólną zdolność ruchu, z drugiemi sposób przebywania wewnątrz żyjącej tkanki (nie w jamach ustroju jak gregaryny), postać komórkową, szybki rozwój i istnienie form przejściowych. Z tych więc względów zalicza Adamkiewicz twory te do grupy *coccidia* i wobec niszczącego ich działania daje im nazwę *coccidium sarcolytus*. Taki pogląd na istotę sprawy rakowej upraszcza w wysokim stopniu pojmowanie wielu stron ciemnych w przebiegu raka bez potrzeby uciekania się do przypuszczeń mniej lub więcej sztucznych, których długi szereg najwymowniej przekonywał o istnieniu wielu braków w budowie teoryi powstawania tego nowotworu. Z drugiej strony bierze ztąd autor wskazówkę do racyonalnego rozwiązania sprawy leczenia raka. Jeżeli bowiem komórka rakowa jest pasorzytem, wytwarzającym pewne ciała trujące (kankroina), to w nich właśnie mieć można broń do walki z tym pasorzytem, który można zniszczyć bez równoczesnego niebezpieczeństwa dla całego ustroju. Trudność tylko stanowi tu otrzymywanie tych produktów przemiany materyi komórek rakowych w dostatecznej ilości, wobec czego postarał się Adamkiewicz o zastąpienie właściwej kankroiny w celach doświadczalno-leczniczych innym ciałem, neuryną, o równoważnych własnościach fizyologicznych. Opisowi doświadczeń wykonanych w tym względzie na zwierzętach i ludziach poświęca A. drugą, obszerniejszą część swej pracy. Co zaś się tyczy pochodzenia tych kokcydyj rakowych, czy i gdzie się znajdują po za ustrojem, jaką drogą i w jakich warunkach doń się dostają, o tem obecnie nawet domysły nic jeszcze wskazać nam nie mogą.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Sroczyński: **Zapalenie sympatyczne oka.** Monografia kliniczna. (Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej Seryi II. Zeszyt 18). 4 ka, str. 48. Kraków 1893.

W monografii tej skreślił autor obraz cierpienia sympatycznego tak, jak on się nam dziś ze stanowiska wiedzy dotychczasowej przedstawia, urozmaicając go i objaśniając wieloma przypadkami leczonymi w klinice prof. Rydla od 1870 do końca 1892 r. Zaraz we wstępie zwraca uwagę na różnicę między zapaleniem a zadrażnieniem sympatycznem, kładąc nacisk na to, że nie należy, jak niektórzy czynią, uważać tego ostatniego za okres poprzedzający i zwiastujący niewątpliwe wybuch zapalenia. Zastanawiając się nad przyczynami zapalenia sympat. i oceniając krytycznie długą ich listę w szeregu lat stopniowo powiększoną, przychodzi do wniosku, iż najczęstszą przyczyną jest uraz połączony z przebiciem gałki ocznej, który wywołał przewlekłą ciężką *Iridokyklitis plastica*. Znacznie mniej niebezpieczne, chociaż niezupełnie, jak tego chcą niektórzy, bywają urazy sprawiające ropne zapalenie; inne zaś czynniki, tak często niesłusznie obwiniane, odgrywają rolę podrzędną i to o tyle tylko, o ile zdolne są wywołać *iridokyklitis*, a niektóre z nich nawet śmiało można odrzucić jako nie poparte dostatecznie ani rozumowaniem teoretycznem, ani doświadczeniem klinicznem.

Rozdział o chorobach oka sympatycznie dotkniętego daje treściwy obraz form, w jakich występuje to cierpienie. Można je podzielić na 2 grupy: 1) zapalenie jagodówki, najczęściej w formie plastycznej, rzadziej surowiczej, nierzadko mięszanej, wyjątkowo w formie ropno-plastycznej lub ropno-surowiczej; więc *iritis, iridokyklitis* i *chorioiditis sympat.* — 2) zapalenie tarczy nerwu wzrokowegó i siatkówki: *neuritis, retinitis* lub *neuroretinitis symp.* Z tych pierwsza grupa stanowi niejako typ zapalenia sympatycznego z przewagą po stronie form złośliwych, prowadzących do zupełnej utraty wzroku. Inne cierpienia jak jaskra (*glaucoma*) lub zapalenia spojówki i rogówki, wciągnięte przez niektórych w obraz cierpienia sympatycznego bez dostatecznej podstawy nie powinny tu wcale figurować zdaniem autora. Odrębną niejako formę stanowi zadrażnienie sympatyczne, które niema nic wspólnego z zapaleniem sympat. prócz wspólności przyczyn. Zadrażnienie sympatyczne objawia się łzawieniem, światłowstrętem, znużeniem akomodacyi, prawdopodobnie niekiedy jej kurczem, jak to autor w jednym przypadku miał sposobność obserwować — szczegół, o którym dotychczas nigdzie niema wzmianki — dalej czasami lekkiem upośledzeniem wzroku i dośrodkowem ścieśnieniem pola widzenia bez żadnych zmian wziernikowych.

Rozbierając w dalszym ciągu teorye zapalenia sympatycznego, począwszy od teoryi Mackenziego aż do teoryi Limbourga i Levego, stwierdza, że przypuszczenie, jakoby zapalenie sympatyczne powstawało pod wpływem pewnych mikrobów bliżej jeszcze oznaczyć się nie dających, jednak nie ropnych, najwięcej zdaje się mieć danych za sobą a zarzuty, tu i owdzie przeciw temu podnoszone, z łatwością dadzą się odeprzeć. Ostatniego jednak słowa dziś jeszcze wyrzec stanowczo nie można.

W wyczerpująco obrobionym rozdziale o leczeniu podaje autor ogólny plan jego a omówiwszy różne sposoby, zmierzające do zastąpienia wyłuszczenia oka pierwotnie dotkniętego, kończy wskazaniami do tej operacyi, jako jedynie pewnego środka zapobiegawczego nawet wobec już objawów zadrażnienia, mniej już pewnego, jednak usprawiedliwionego po wybuchu zapalenia sympatycznego na drugiem oku, jeżeli tylko oko pierwotnie dotknięte straciło wzrok bez nadziei, by je odzyskało.

Nie mogąc w szczupłych ramach zdania sprawy rozpisywać się obszerniej o powyższej rozprawie, pragnę tylko polecić ją uwadze kolegów, gdyż znajdą w niej obok niejednej cennej praktycznej wskazówki, pokrótce zebrane wszystko, co do dziś dnia wypowiedziała nauka o tem ważnem, tak ciężkiem a częstem cierpieniu. Rzeczywiście wdzięczność się należy autorowi za powiększenie naszej szczupłej literatury piękną swą pracą, która napisana jędrnie, gładkim i pięknym językiem sama się zaleca najlepiej bogactwem swej treści i świetnością formy. *Dr. Langie.*

Chirurgia.

W. Wagner: **Aseptyka w chirurgii polowej.**

(Sprawozdanie Dra Bogdanika.)

Wobec coraz większego udoskonalenia broni palnej jedyną pozostaje pociechą olbrzymi postęp chirurgii, szczególniej pod względem opatrywania ran. Nie zapoznaje tego chirurgia polowa, która skwapliwie korzysta z tego postępu, aby w razie wojny lekarze przeznaczeni do niesienia pomocy rannym byli przygotowani dostatecznie. Dr. Wagner z Przemyśla podjął się żmudnego a wdzięcznego zadania i zestawił w przytoczonej pracy obecny pogląd chirurgii na opatrywanie ran a przedewszystkiem rozwiązać chciał pytanie, czy i o ile aseptyka w razie wojny da się zastosować. — W tym względzie korzystał po części z prac dotychczas drukiem ogłoszonych, po części zaś zasięgał piśmiennie zdania niektórych wybitniejszych chirurgów. Nie można się dziwić pewnej różnicy w zapatrywaniach na tę sprawę, jeżeli się zważy, iż na razie nie mamy dokładnego pojęcia, jak straszne zniszczenie sprawi przyszła wojna, i że każdy mimowolnie zadaje sobie pytanie, czy wogóle możebnem będzie, aby personal sanitarny odpowiedział istotnej potrzebie.

Autor tedy przedewszystkiem nad tem się zastanawia, czy stósowanie aseptyki w polu będzie możebne. Można przewidzieć, iż znaczna liczba rannych przybędzie na stanowisko pierwszej pomocy bez opatrzenia. Zważyć bowiem należy, że ludzie przeznaczeni do zbierania rannych na pobojowisku wobec gradu zabójczych kul starać się będą musieli, aby rannych jak najrychlej przenieśli w bezpieczne miejsce, bo inaczej tak rannych jako i siebie narażą na ponowne skaleczenie. Niekiedy zaś wysłanie służby na linią bojową wręcz będzie niemożebnem, bo wysłani już po części sami legli na pobojowisku a innych się bezowocownie na ten sam los narazi. Z drugiej zaś strony zbierający rannych będą mieli ręce tak zanieczyszczone, iż im opatrzenia powierzyć nie można. Autor przytaczając tedy zdanie sprawozdawcy z rozprawy o broni palnej mannlicherowskiej, „wolę objąć w leczenie rany, które godzinami narażone były na działanie powietrza i słońca, aniżeli takie, które zanieczyszczone ręce pokryły przepoconym materyałem opatrunkowym“ dodaje, iż się z tem bezwarunkowo zgadza. Pomoc służby ma się ograniczyć na ułożeniu złamanych kończyn i tamowaniu krwotoków życiu zagrażających przez opasanie kończyny dośrodkowe i odśrodkowe od rany. Najważniejszem zaś zadaniem jej będzie jak najrychlejsze przeniesienie niezdolnych do marszu rannych na miejsca opatrunkowe, gdzie ich lekarze opatrzyć muszą. Oprócz tych nieopatrzonych rannych przybędą na stanowiska opatrunkowe i tacy ranni, którzy sobie sami pierwszej pomocy udzielą i temu dziwić się nie należy, jeżeli ranny mający w kieszeni paczkę z materyałem opatrunkowym, użyje go do opatrzenia swej rany. Do kroku tego skłonić go mogą i inne okoliczności, n. p. gdy deszcz zacznie skrapiać ranę lub chory w błocie albo kurzu leży a służba sanitarna nie przybywa. W takich razach wymaga autor słusznie, aby lekarze opatrunki te natychmiast zmienili. Że rany postrzałowe jednak bez opatrzenia pozostać mogą godzinami a mimo to ani zakażenie ogólne ani ropienie znaczniejsze nastąpić nie musi, w tym względzie powołuje się autor na doświadczenie sprawozdawcy i zwraca uwagę, że znajomość tego wystarczyłaby, żeby sobie nikt na pobojowisku sam nie założył opatrzenia, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie się rozchodzi o ochronę przed błotem, gnojem, deszczem i t. d.

Z drugiej strony przyznaje autor, iż szkoda wyrządzona na pobojowisku przez założenie nieodpowiedniego opatrunku jeszcze naprawić się da; dowodem tego piękne wyniki wtórorzędnej antyseptyki w szpitalach pomocy międzynarodowej podczas wojny serbsko-bułgarskiej w r. 1885. Przez to jednakże zwiększy się praca lekarzy na stanowiskach pierwszej pomocy i opatrunkowych, bo ranni przybędą albo

bez opatrzenia albo z lichem opatrzeniem. W obec takiego stanu rzeczy, lekarze tylko krótką chwilę poświęcić będą mogli jednemu choremu a przeto wymagać się od nich musi, bystrego ocenienia, postępowania świadomego celu i odpowiedniego podziału pracy.

W szpitalach polowych i rezerwowych natomiast czynność lekarzy będzie mniej więcej taka, jak w czasie pokoju. Lecz przypatrzmy się, jak podczas wojny wyglądają przeciwgnilne albo wyjałowione materyały opatrunkowe? Zależy tu wiele od sposobu przewożenia, jako też od opakowania. Mimo to przyznać trzeba, iż wartość tych opatrunków jest bardzo niepewna. Podczas przewozu, wśród niekorzystnych okoliczności, jest rzeczą całkiem naturalną, iż zanieczyszczenie z zewnątrz będzie znaczne. Liczyć się przytem potrzeba i z tem, iż znaczna część środków przeciwgnilnych już to ulatnia się, już to wydziela wskutek działania wody i wilgoci (deszcz, rosa, pot). Nadto podnosi autor słusznie zwiększoną obawę zakażenia z powietrza (*Luftinfection*) podczas pracy w otwartem polu, czego nie ma w zamkniętych pokojach operacyjnych. Wiemy bowiem, że obawy zakażenia powietrznego w salach operacyjnych niema prawie żadnej, jeżeli przed operacyą nie ściera się kurzu, żeby się w powietrze nie unosił; temu zaś na otwartem polu zapobiedz nie można.

W obec tego wiele podniosło się głosów przeciwko stósowaniu aseptyki w chirurgii polowej. I tak powiada Küster, iż aseptyki wszędzie stósować nie można; natrafia ona na trudności w dobrze urządzonej klinice lub szpitalu a tem trudniej stósować ją lekarzowi na wsi lub podczas wojny. Landerer aseptykę ogranicza, co najwyżej, do szpitali polowych; zresztą zaś radzi antyseptykę, przedewszystkiem sublimat i jodoform. Rottera zdaniem aseptyka w razie wojny jest niestósowna, bo jest ona odwróceniem się od antyseptyki, największej zdobyczy nowoczesnej chirurgii. Aseptyka ma racyą bytu tylko w zakładach z komfortem urządzonych; w stosunkach pozaklinicznych zaś antyseptycznie postępować należy; ma się bowiem pewność pod każdym względem. Beck twierdzi, iż wyjałowienie opatrunków w polu jest możebne, lecz daje pierwszeństwo gazie sublimatowej, bo jej skuteczność dłużej się utrzymuje, aniżeli gazy wyjałowionej. Billroth przeciwnie zwraca uwagę, iż w polu i na pobojowisku aseptycznie postępować się nie da. Körte doradza w razie możebności, używać wrzącej wody do wyjałowienia narzędzi. Lauenstein zaleca wyjałowienie opatrunków w domu, które dobrze zapakowane tygodniami, miesiącami, nawet latami w dobrym utrzymują się stanie. Mosetig-Moorhof wątpi, czy w polu można się spuścić na wyjałowione opatrunki; pewniejsze są w każdym razie opatrunki antyseptyczne. Schimmelbusch życzy sobie wielkich zapasów wyjałowionych opatrunków. Esmarch i Gurlt przeciwnie żądają opatrunków antyseptycznych. Kaschkaroff zaleca swój sterylizator, który podobnie jak samowar da się opalić węglami. Helferich z zachwytem przypisuje wielkie znaczenie aseptyce w przyszłej wojnie. Przysposobione materyały zużyją się prędko; trzeba je zatem będzie wyjaławiać przez wygotowanie. G. Giardina pierwszeństwo oddaje antyseptyce. Krecke sprzeciwia się temu, bo wyjałowienie opatrunków nie sprawia trudności; do tego wystarcza każdy garnek przykryty kamieniem. W sekcyi chirurgicznej III. zjazdu lekarzy rosyjskich oświadczono, iż wyjałowienie opatrunków będzie możebne w szpitalach opodal pola bitwy się znajdujących; na X. międzynarodowym zaś zjeździe w Berlinie oświadczył Bergmann, że przez wyjałowienie wszędzie można będzie zamieniać złe opatrunki na dobre. Regnier i Renaut również przemawiali za wyjałowionymi opatrunkami. Tillmanns sądzi, iż i podczas wojny można będzie wyjaławiać opatrunki i uważa za zbyteczne nagromadzanie zapasów materyałów antyseptycznych. Habort przemawia za opatrunkami wyjałowionymi, które podczas wojny kilkakrotnie należy wyjaławiać.

Autor przytoczywszy te zdania reasumuje wszystko, iż większość chirurgów przyznaje możebność wyjałowienia opatrunków w szpitalach polowych i rezerwowych, że jednak niemal wszyscy sądzą, iż niemożebne będzie postępowanie aseptyczne na polu bitwy i na stanowisku opatrunkowem. (C. d. n.)

Terapia.

Scheier: O intubacyi krtani według O'Dwyera.

Autor stósował intubacyę O'Dwyera za pomocą przyrządu zmodyfikowanego przez Bleyera z fabryki Windlera w Berlinie w 4 przypadkach zwężenia następowego po tracheotomii i w 16 przypadkach pierwotnego, z których troje wyszło uleczonych, 13 umarło. Tę tak wielką śmiertelność przypisuje autor ciężkiej epidemii w miesiącu listopadzie i grudniu, jakoteż bardzo daleko posuniętej sprawie błoniczej w chwili zgłoszenia się. Przed włożeniem tubusa błony lub strzępy, które wolno wisiały na migdałkach lub języczku, zdejmowano, by ich nie wepchnąć do krtani, poczem mocno wymaczano całe gardło 1% rozczynem tymolu lub rozczynem salicylowo-borowym.

Acidi salicylici	*3·00*
„ borici	*30·00*
Aquae destil.	*1000·00*

Po takiem oczyszczeniu gardła bada autor wziernikiem, by w przypadkach, gdzie duszność polega jedynie tylko na obrzmieniu nakrywki krtaniowej i więzadeł nakrywko-nagłośniowych, nie robić intubacyi. Do wprowadzenia tubusa używa autor obturatora i introduktora; ekstraktorem nie posługuje się nigdy; zostawia bowiem nitkę przy tubusie z obawy zranienia błony śluzowej krtani. Po intubacyi przebieg może być rozmaity: albo wraca po paru dniach oddech prawidłowy, za inhalacyami z kwasu mlekowego w razie obecności błon, w razie wydzieliny więcej śluzowej z soli kuchennej i cała sprawa zapalna ustępuje lub też drugiego trzeciego dnia, mimo tego, że tubus włożony, występuje duszność, przyspieszenie oddechu, sinica, wogóle objawy zapalenia płuc i oskrzeli i mimo dwu lub trójkrotnie włożonego tubusa stan się nie poprawia i trzeba zrobić tracheotomią.

Zdaniem autora przeciwwskazaniem do intubacyi jest bardzo znaczna błonica gardła i nosa, jakoteż krtani, szczególnie więzadeł głosowych, gdzie przychodzi do znacznego obrzmienia i owrzodzeń z nalotami właściwemi. Odleżyny w krtani od tubusa pochodzące, obserwował autor w dwu przypadkach.

Stósowanie intubacyi w przebiegu ostrego zwężenia na tle błonicy, według zdania autora, szczególnie w praktyce prywatnej jest niemożebne, gdyż 1) wyniki wyleczenia po intubacyi nie są lepsze, niż po tracheotomii.

2) Po intubacyi trzeba być przygotowanym do tracheotomii, gdyż zawsze możebnem jest przypuszczenie, że błony w krtani są tak duże i zbite, że otworem rurki wydobyć się nie mogą a nawet zatykają ją tak, że duszność się coraz zwiększa.

3) W przypadkach zamartwicy i znacznej sinicy, a takie przypadki najczęściej się zgłaszają, lepiej jest zrobić odrazu tracheotomię.

4) Potrzeba obecności lekarza każdej chwili, czy to z powodu wykrztuszenia tubusa, czy coraz większej sinicy i zamartwicy, mogącej doprowadzić do nagłej śmierci, co jest prawie niemożebnem.

O wiele większe znaczenie, bo dające się zastósować i w praktyce prywatnej, ma intubacya w zwężeniach następowych, czy to z powodu granulacyi, czy blizn, czy też zwiotczenia tchawicy, w których to przypadkach wyjęcie kaniuli jest nieraz prawie niemożebnem, intubacya zaś o tyle łatwiejszą, że właściwa sprawa chorobowa pierwotna ustąpiła, tubus nie tak łatwo zatyka się śluzem, i nie tak łatwo bywa też wyksztuszony.

Autor poświęca szczególniejszą uwagę intubacyi w zwężeniach krtani z powodu granulacyi koło rany tracheotomijnej, które nader szybko zanikają skutkiem ucisku tubusa na nie. W razie krwotoku po tracheotomii skutkiem przyłączenia się do rany błonicy i następowego krwotoku miąższowego a nawet nadżarcia naczyń, otrzymał autor świetny wynik po

intubacyi, gdyż po przypaleniu Paquelinem mógł założyć opatrzenie uciskające.

W chronicznych zwężeniach krtani, jak i w złamaniach, lub zwichnieniach chrząstek, w zmianach kiłowych krtani i w przebiegu zapalenia dolnych strun głosowych z przerostem intubacya oddaje znakomite usługi i wynagradza to, czem nie dopisuje w błonicy. Jak długo może leżeć tubus w krtani w przebiegu tychże chorób, przychodzi autor do przekonania, że tygodniami a nawet miesiącami bez większych zmian na błonie śluzowej krtani. (*Therapeutische Monatshefte. I. H. 1893*). *Dr. Komorowski.*

Choroby uszne.

Reinhard: Przyczynek do wycięcia młotka z kowadełkiem.

R. wita z radością stanowisko chirurgiczne w otyatryi, że chirurgiczne leczenie chorób usznych znajduje coraz więcej zwolenników. Szczególnie w ropieniach przewlekłych ucha środk. i w towarzyszących im cierpieniach kości skalistej chirurgiczne leczenie cieszy się prawie ogólnem uznaniem. Po Schwartzem, który wykazał wielką wartość zabiegów chirurgicznych w tem cierpieniu, mianowicie wykuwanie dłutem wyrostka sutkowego, polecił Kretschmann wycięcie młotka a Stacke poszedł jeszcze dalej (*Przegl. Lek.* 1892, Nr. 25), zwracając uwagę na konieczną potrzebę wycięcia kowadełka wraz z młotkiem w pewnych przypadkach ropienia usznego. Autor zgadza się ze Stackem co do wszystkich jego wskazówek do tej operacyi, przypisuje jednak szczególną wagę wskazaniu w celu leczenia przewlekłego ropienia sklepienia (*attiens*) które jako ognisko ropne z bardzo niekorzystnemi warunkami odpływu, w bezpośredniem sąsiedztwie mózgu i opon, od których je cienka tylko blaszka kostna oddziela, stanowi zawsze poważne i życiu zagrażające niebezpieczeństwo dla chorego.

Najważniejszy objaw tego cierpienia stanowi wejrzenie błony bęb. Po wydaleniu wydzieliny pokazuje się po wielkiej części znaczny ubytek w błonie bęb., rękojeść młotka zupełnie albo tylko jako mały szczątek utrzymana i w światło jamy bęb. wolno stercząca albo na wewnątrz wciągnięta i nieraz ze ścianą błędnikową zrosła. Błona śluzowa jamy bęb. albo okazuje jeszcze ropienie albo jest już sucha i przyskórkiem pokryta. W ostatnim razie ropa występuje w postaci kropli lub obwódki na górnym brzegu ubytku tuż obok wyrostka krótkiego. Inny obraz cechujący chorobę sklepienia przedstawia przedziurawienie w błonie obwisłej (*membr. flaccida Shrapnelli*) obok utrzymanej w całości i różnie zmienionej błony bęb. Pokazuje się w błonie Shrapnella tuż obok wyrostka krótkiego mały otworek, z którego wytryska ropa i często wyrastają łatwo krwawiące pęczki ziarninowe, których uporczywe odrastanie po każdem wyleczeniu jest pewnym znakiem próchnienia młotka. W takich przypadkach przestrzykiwanie ucha przez przewód zewnętrzny lub trąbkę za pomocą cewnika lub rurki właściwej (*Antrumröhrchen*), usunienie ziarnin żegadłem lub pętlą i najstaranniejsze leczenie zachowawcze nie prowadzi do celu.

Autor wyłuszczył w 23 przypadkach podobnych młotek i w 16 z nich także kowadełko. W 15 przypadkach skutek był pomyślny, t. j. ropienie co najmniej przez pół roku więcej się nie pokazało. Przypadów nieprzyjemnych, jak zawrotu głowy, porażenia nerwu twarzowego i t. p. po tej operacyi nie uważano. Jeżeli w 21 dni po operacyi ropienie nie ustało, używał R. przestrzykiwań za pomocą cewek jamowych (*Antrumscanülen*). Chorzy, którzy dawniej latami cierpieli na mocne bóle w uchu rozpromieniające się na głowę, kark, twarz i szyję, zostali zaraz po tym zabiegu wolni od tych dolegliwości. Słuch po operacyi nigdy się nie pogorszył, w połowie przypadków po ustaniu ropienia nawet się polepszył.

Pod względem techniki daje autor pierwszeństwo metodzie Schwartzego przed metodą Stackego w wszystkich przypadkach, w których niema przypadów chorobowych ze strony wyrostka sutkowego. Dopiero, jeżeli ta operacya nie wystarcza do usunięcia ropotoku usznego, wtedy powinno się myśleć o otwarciu wyrostka sutkowego. (*Archiv für Ohrenheilkunde. T. 33. Z. 2*). *Dr. Spira.*

Notatki terapeutyczne.

Wrzody bolesne, dużo wydzielające zasypuje Weissmüller proszkiem

61) Rp. *Acidi salicylici* 8·00
Acidi borici 4·00
Zinci oxydati 3·00
Amyli puri
Talci venetae
ãã 30·00
M. f. p.
S. Zewnętrznie.

W zapaleniu cewki moczowej wiewiórowem zaleca V. Carballo naprzód oczyszczenie wodą ciepłą na 35° C. a potem wstrzyknienie 12 do 15 gramów następującego płynu:

62) *Lysoli* 1·00
Ttrae opii crocatae 3·00
(*vel Cocaini muriatici* 0·50)
Aquae destil. 100·00
MDS. Zewnętrznie.

Po wstrzyknięciu należy płyn zatrzymać w cewce przez 4 do 5 minut. Wstrzykiwania po 3 razy dziennie a dobrze je robić jeszcze przez 4 do 6 dni po ustaniu cieczenia.

Przeciw swędzeniu otworu odchodowego czyli rzyci zaleca Ohmann-Dumesnil w St. Louis używać miejscowo po dwa razy dziennie płynu:

63) Rp. *Mercurii sublimati corr.* 0·03
Ammonii chlorati 0·12
Acidi carbolici puri 4·00
Glycerini 60·00
Aquae rosarum 115·00

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

VII. posiedzenie z dnia 21. kwietnia 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 37.

(Dok. Patrz Nr. 20.)

Dyskusya nad odczytem kol. Wiczkowskiego.

Kol. Prus wyraża przedewszystkiem zdziwienie, że, jakkolwiek kol. Wiczkowski obrał sobie za temat pytanie, czy anemia sama przez się może wywołać gorączkę, właściwie tematu tego w wykładzie swym zaledwie tylko lekko dotknął a natomiast przedstawił opis dwóch przypadków z zejściem śmiertelnem które z tematem obranym nic wspólnego nie mają chyba to, że dalszy ich przebieg przekonał prelegenta, jak mylnem było jego pierwotne przypuszczenie, szukające w anemii wytłómaczenia gorączki. Następnie kol. Prus zwracając się do pierwszego przypadku opisanego przez kol. Wiczk., nie chce wprawdzie wprost kwestyonować rozpoznania tyfusu, musi jednakże zaznaczyć, że opis przypadku był tak pobieżny, że nie można sobie wyrobić dokładnego obrazu chorobowego i można sprawę w rozmaity sposób tłómaczyć. I tak możnaby według opisu podanego tłómaczyć cały przebieg wyłącznie jako sprawę gruźliczą. Za takiem pojmowaniem sprawy przemawia przewlekły przebieg choroby, gorączka nietypowa, kaszel, pojawienie się plwocin ropnych, później objawy mózgowe, porażenia, afazya i t. p. Ujemny wynik badania plwocin co do obecności prątków gruźliczych nie może wyłącznie rozstrzygać w tej mierze, gdyż sprawa gruźlicza w płucach mogła być albo

tylko słabo zaznaczoną albo też płuca mogły nie być wcale zajęte sprawą gruźliczą. Zresztą przypadek ten, w jakikolwiek bądź sposób go tłómaczyć, nie ma dla właściwego tematu żadnego znaczenia. To samo można powiedzieć o drugim przypadku, w którym u osoby okazującej objawy blednicy pojawiła się gorączka. I w tym przypadku przyczyną gorączki nie była anemia, lecz, jak później wybitnie się okazało, gruźlica, która względnie dosyć szybko sprowadziła śmierć chorej.

Powoływanie się kol. Wiczk. na gorączkę w niedokrewności złośliwej, w bielicy i t. p. dla wykazania, że niedokrewność sama przez się wywołać może gorączkę, uważa kol. Prus za zupełnie nieusprawidliwione i niewłaściwe, gdyż niedokrewność w tych chorobach uważać musimy niewątpliwie tylko za przypad chorobowy a nie za chorobę samą — a zatem i gorączkę, która pojawia się w bielicy lub w niedokrewności złośliwej, również uważać musimy za następstwo właściwej choroby, której przyczyną prawdopodobnie są bakterye a nie za wynik anemii. W tych przypadkach więc tak gorączka, jak i anemia mają znaczenie równorzędne i odnoszą się z pewnością do jednego i tego samego źródła.

Wobec tego okazuje się, że kol. Wiczk. właściwie jeden tylko przypadek przytacza, na którym opiera swe twierdzenie, że anemia sama przez się może wywołać gorączkę. Jest to przypadek ostrego krwotoku wskutek przecięcia żył u samobójcy. Lecz i w tym przypadku wielkie nasuwają się wątpliwości co do słuszności zapatrywania się prelegenta, zwłaszcza z tego powodu, że u chorego była rana zadana niewiadomo, czy czystem narzędziem. Wobec tego podwyższenia ciepłoty ciała w tym przypadku nikt prawie nie będzie uważał za skutek krwotoku, lecz raczej za komplikacyę rany a to tembardziej, że doświadczenia na zwierzętach wykazują wprost przeciwny skutek a mianowicie obniżenie się ciepłoty. Jak łatwo ustrój w różnych okolicznościach oddziaływa podwyższeniem ciepłoty, dowodzą doświadczenia na zwierzętach. Wystarczy wstrzyknąć wodę wyjałowioną, skrobię lub jakikolwiek płyn wyjałowiony do żył, aby wywołać gorączkę. Czemu to przypisać, nie wiemy. Wiadomo dalej, że są pewne ośrodki w mózgu, których zniszczenie lub cierpienie sprawia podwyższenie albo też opadnięcie ciepłoty ciała. Zranienie ciałka czworaczego, guza szarego (*tuber cinereum*) i t. d. wywołuje podwyższenie, zranienie ciałka prążkowanego, mostu Warolowego obniżenie ciepłoty ciała.

Zdaniem kol. Prusa trudno przypuścić, aby w przypadkach niedokrewności istniały zboczenia w tych ośrodkach, dające powód do podwyższenia się ciepłoty ciała. Wobec tego kol. Prus sprzeciwia się stanowczo twierdzeniu, jakoby niedodokrewność w ścisłem słowa znaczeniu sama przez się mogła być przyczyną gorączki, i sądzi, że w przypadkach, w których jest gorączka, należy ją odnieść zawsze do komplikacyi. (*Przejrzane przez autora*).

Kol. Wernicki: Kol. Wiczkowski zapowiedział nam odczyt o anemii z zapytaniem, czy może ona wywołać stan gorączkowy. Prelegent nie tylko nie rozwiązuje zadanego pytania, ale nadto przypadek przywiedziony na poparcie twierdzeń jego nie jest wcale anemią, lecz tylko obrazem i dalszym ciągiem infekcyi mięszanej po przebyciu duru brzusznego. Zdarza się bowiem dość często, że przy końcu duru rozwija się sprawa gnilna w kiszkach a drobnoustroje, mając ułatwiony dostęp przez schorzałą błonę śluzową, opanowują najpierw narząd limfatyczny a ztąd dostać się mogą do wszystkich organów, dając powód do rozwoju sprawy ropnej w dotyczących organach. W przedłożonym sobie przypadku spotykamy wybitny przebieg tej sprawy w kilku organach; ropień okołooskrzelowy bez zjawisk zapalnych w płucach jest tego dowodem. Nawet przytoczone objawy mózgowe niewątpliwie należy odnieść do tej samej, pierwotnie działającej przyczyny. Zwracając się do wywodów kol. Wiczk. o anemii mniema kol. Wernicki, że wkrótce przestaniemy uważać anemią za samoistną chorobę krwi, lecz będziemy ją uważać jedynie za objaw chorobowy, wywołany inną przyczyną a według tego będziemy rozróżniać tylko rozmaite formy anemii, jak n. p. niedokrewność gruźliczą, rakową, kiłową, zimniczą, infekcyjną i t. d. (*według autoreferatu*).

Kol. Mahl uważa przypadek kol. Wiczk. również za zakażenie mieszane, za sprawę potyfusową i podaje opis podobnego przypadku. W przypadkach z wybitną etyologią, jak dur brzuszny, nie można myśleć o anemii jako przyczynie gorączki wkrótce po przebiegu tyfusu występującej, lecz należy ją odnieść do przyczyny pierwotnie działającej.

Kol. Opolski: W odczycie kol. Wiczk. należy rozróżnić dwa odrębne działy: naprzód opisanie przypadku chorobowego a powtóre referat o anemii. Wykład o anemii bowiem nie był w ścisłym związku do opisanego przypadku. Co się tyczy przypadku, to przychyla się kol. O. do zapatrywania się, że cała sprawa była tylko dalszym ciągiem duru, i podaje opis przypadku znanego wielu kolegom, w którym po przebiegu duru brzusznego po kilkodniowym stanie bezgorączkowym wystąpiła gorączka o typie nieregularnym, przez 7 tygodni trwająca. Chory umarł wśród objawów mózgowych (porażenie połowicze, afazya i t. d.) a sekcya w 11. tygodniu po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych wykonana, wykazała jeszcze liczne owrzodzenia tyfusowe w kiszkach. Ponadto przytacza kol. O. jeszcze kilka przypadków z równie przewlekłym przebiegiem. Objawy mózgowe w końcu występujące należy zdaniem kol. O. tłómaczyć w ten sposób, że wskutek przewlekłej sprawy chorobowej występuje znaczna niedomoga serca, która daje powód do powstawania zakrzepów w naczyniach mózgowych i do następowych porażeń.

Co do referatu o anemii, sprzeciwia się kol. O. twierdzeniu, jakoby anemia sama mogła wywołać dłużej trwającą gorączkę. Po znacznych utratach krwi może po poprzedniem obniżeniu wystąpić krótkotrwające podwyższenie się ciepłoty ciała; jeżeli zaś gorączka dłużej się utrzymuje, wówczas musimy ją odnieść do komplikacyi.

Kol. Wehr zaznacza, że doświadczenie chirurgiczne poucza, że sama anemia nie wywołuje gorączki, tak dalece, że jeżeli po znaczniejszych krwotokach wystąpi gorączka, to szuka się stale jakiejś komplikacyi a nigdy nie upatruje się w anemii przyczyny gorączki.

Kol. Gońka z doświadczenia chirurgicznego również może potwierdzić, że ostra anemia po krwotokach nie wywołuje gorączki dłużej trwającej.

Kol. Wiczkowski w odpowiedzi zaznacza, że ze stanowiska teoretycznego można sobie wytłómaczyć podniesienie się temperatury u anemicznych, — bo jeżeli już same nerwowe wpływy mogą podnieść ciepłotę ciała, dlaczegóżby nie mogły jej wywołać zmiany anatomiczne w tak czułym organie, jakim jest krew. Za tą możliwością przemawiają również doświadczenia na zwierzętach. Nie zaprzeczają jej istnienia sumienni badacze, jak Hoffman. Że gorączka nie zawsze występuje u anemicznych, przyczyna tego nie jest nam znaną (*autoreferat*).

Sekretarz *Dr. Bory*.

V. Wiadomości bieżące.

— Podany w zeszłym nrze *Przeglądu lekarskiego* wykaz lekarzy Polaków ordynujących w bieżącym roku w zdrojowiskach i stacyach klimatycznych uzupełniamy według spisu sporządzonego przez komisyę przemysłową Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i własnych wiadomości w sposób następujący: *Abbazia* Dr. Bulikowski (w zimie), *Birsztany* Dr. Muszalski, *Busko* Dr. Dobrzański, *Eichwald* Dr. Kuryś, *Ems* Dr. Goldbaum, *Inowrocław* Drowie Grabowski, Rakowski, Wilkosiński, *Iwonicz* Dr. Herzig, *Jaszczurówka* Dr. Chwistek, *Karlsbad* Dr. Steinberg, *Lubień* Dr. Radecki, *Montreux* Dr. Musiał, *Morszyn* Dr. Medvey, *Nałęczów* Dr. Chmielewski, *Porto Ré* Dr. Grodecki, *Rymanów* Drowie Kucharski, Bielecki, *San Remo* Dr. Ostrowicz (w zimie), *Sławinek* Dr. Olechowicz, *Truskawiec* Drowie Dekański, Steynhaus, *Zakopane* Dr. Kluczycki.

— Dowiadujemy się, iż prof. Mars z przyczyny zajęć w Uniwersytecie podobnie jak w roku zeszłym, także i w obecnym jak niemniej i na przyszłość w Krakowie na lato pozostaje i do Krynicy więcej wyjeżdżać nie będzie.

— Proff. Mars i Rydygier tudzież Drowie Aleksander Rosner i Józef Zoll, wszyscy z Krakowa, wzięli udział w odbywającym się temi dniami zjeździe ginekologów we Wrocławiu.

— JE. Pan Namiestnik Galicyi z W. Księstwem Krakowskiem dekretem z dnia 17. maja r. b. wyraził Drowi Stanisławowi Ponikle, lekarzowi powiatowemu krakowskiemu i docentowi Uniwersytetu Jagiellońskiego zupełne uznanie „za poświęcenia pełne, gorliwe i skuteczne działanie celem zwalczania i pokonania cholery w r. 1892“ podnosząc przedewszystkiem „iż tenże na jednym z najbardziej zagrożonych posterunków i w sytuacyach najtrudniejszych do opanowania potrafił pogodzić nieodzowną w takich razach sprężystość z roztropną i wytrawną oględnością wobec słusznych żądań i życzeń kół szerszych, zdołał pozyskać zaufanie drugich i nakłonić ich do pożądanego współdziałania i w ten sposób szczerze i trafnie popierał skuteczne usiłowania i zabiegi władzy“.

— Z prac w *Przeglądzie lekarskim* ogłaszanych zdawać będą sprawę w *Annual of the Universal Medical Sciences* Drowie J. Drzewiecki w Warszawie i K. Szadek w Kijowie.

— W zeszycie z listopada 1892 *Archives de médecine el pharmacie militaire* ukazała się praca o samobójstwach w armiach europejskich. Najwięcej samobójstw zdarza się w armii austro-węgierskiej, bo średnio w ostatnich sześciu latach rocznie po 131 na 100000. W armii niemieckiej waha się liczba samobójstw od 61 do 67 na rok i 100000. Odpowiednie liczby wynoszą dla armii włoskiej 40, dla armii francuskiej w Europie tylko 29, w Afryce 63, dla belgijskiej 24, dla angielskiej 23, (w Indyach wschodnich jednak 48), dla rosyjskiej 20 a dla hiszpańskiej 14. We wszystkich armiach z wyjątkiem austro-węgierskiej liczba samobójstw zmniejsza się powoli, lubo statecznie.

Najwięcej samobójstw we wszystkich armiach z wyjątkiem angielskiej zdarza się między rekrutami i to mianowicie w Niemczech w pierwszym roku służby, w Austrowęgrzech w pierwszem półroczu. W armii angielskiej najwięcej jest samobójstw u żołnierzy, którzy wysłużyli już po 10 lat we wojsku. Między oficerami są samobójstwa stosunkowo dwa razy częstsze, niż między żołnierzami. Uderzającą jest rzeczą, że prawie we wszystkich armiach najwięcej zdarza się samobójstw w oddziałach pociągowych. Średnie miejsce zajmuje piechota.

Najczęstszym sposobem (w armii francuskiej i niemieckiej w 50%, w austro-węgierskiej od 70—80% przypadków) odebrania sobie życia jest użycie broni palnej, po nich utopienie lub powieszenie się. Wszędzie wzrasta liczba samobójstw przez rzucenie się pod koła pociągów kolei żelaznej. Najwięcej samobójstw bywa w czerwcu i lipcu, najmniej w styczniu. — Na pytanie, czy samobójstwo bywa w armiach pospolitszem, niż między ludnością cywilną, odpowiedź jest bardzo trudna, jeżeli ma być całkiem dokładna. Najpodobniej do prawdy nie ma wielkiej różnicy.

— Anglik James Jackson obliczył średnią chyżość 300 rozmaitych rodzajów ruchu według dzieł najlepszych i dat najnowszych; wyjmujemy z nich następujące daty wyrażone w metrach i w sekundzie:

Wzrost paznogci u palców	0 000000002
Chyżość ciałek krwi czerwonych w naczyniach włosowatych siatkówki u człowieka	0·00075
Ruch ślimaka	0·0015
Średnie podnoszenie się idącego po schodach	0·15
Ślizgający się na łyżwach	12·14
Welocypedysta przebiegający kilometr w 80 sek.	12·50
Pociąg pospieszny o chyżości 60 kilometrów w godzinie	16·67
Początkowa chyżość kuli z karabinu leblowskiego lub mannlicherowskiego	620
Początkowa chyżość kuli działowej	1013
Chyżość prądu elektrycznego w kablu	4000000
„ „ „ w drucie w powietrzu	36000000
Chyżość rozbrojenia się flaszki lejdejskiej w drucie miedzianym o 0·0017 metra średnicy	463500000

— **Konkurs.** Posada lekarza w szpitalu żywieckim. Pensya roczna 500 złr. Wymaga się prócz stopnia doktora wszech nauk lekarskich praktyki szpitalnej przynajmniej dwuletniej i dowodu, że kandydat jest operatorem tudzież że był lekarzem pomocniczym oddziału chirurgicznego w jednym ze znaczniejszych szpitali. Podania wnosić należy do dnia 10. czerwca r. b. do Wydziału powiatowego w Żywcu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.